

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Алифанова С.В., Климова О.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
Днепропетровск, Украина

Ключевые слова: бронхиальная астма, факторы развития, дети

Актуальность. Значительная распространенность и наличие устойчивой тенденции к повышению заболеваемости бронхиальной астмой (БА), определяют актуальность и приоритетность научных исследований в направлении усовершенствования диагностических и лечебных мероприятий у этого контингента больных. Диагностика БА у детей раннего возраста вызывает определенные трудности, поскольку наличие эпизодов свистящих хрипов и кашель являются наиболее частыми симптомами заболеваний органов дыхания в этом возрасте [1]. У детей раннего возраста БА чаще скрывается под такими диагнозами, как обструктивный бронхит, бронхообструктивный синдром, дерматореспираторный синдром и др. Несвоевременная верификация диагноза БА у детей обуславливает неблагоприятное течение заболевания и его прогноз, приводит к формированию тяжелых форм и инвалидизации ребенка [2,4]. Сложность диагностики БА у детей обусловлена отсутствием монопредикторов развития, многофакторностью механизмов, способствующих формированию и прогрессированию бронхиальной астмы у детей, особенностями течения заболевания [3].

Цель исследования: определить основные факторы формирования бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 83 ребенка с диагнозом бронхиальная астма и 74 практически здоровых детей в возрасте от 4 до 15 лет, которые были включены в исследование с помощью метода случайного выбора. Средний возраст обследованных детей с диагнозом БА составил $10,9 \pm 0,4$ лет, а детей контрольной группы - $9,7 \pm 0,8$ лет. Проведен анализ анамнестических данных, в том числе наличие отягощенного семейного анамнеза, пол, возраст начала заболевания, характер питания на первом году жизни, частоту и особенности течения острых респираторных инфекций (ОРИ), бытовые условия, наличие у родителей вредных привычек. Проанализированы данные ante-, перинатального анамнеза, течение неонатального периода, особенности заболеваний в раннем возрасте, наличие других аллергических заболеваний, кроме БА - атопического дерматита (АД) и аллергического ринита (АР).

Статистическую обработку полученных результатов проведено с помощью пакета программ Statistica, 6.0.

Результаты и их обсуждение. По степени тяжести БА дети были распределены следующим образом: тяжелое течение БА зарегистрировано у 11 (13,3%) больных, средней тяжести - у 25 (30,1%) больных, а у 48 (56,6%) больных наблюдалось легкое течение заболевания. В 69,3% случаев бронхиальная астма сочеталась с другими аллергическими заболеваниями, в

том числе с АР - у 48,2% детей, АД - у 15,7% детей, и в 9,6% случаев отмечалось сочетание БА, АР и АД.

Средний возраст детей, в котором был установлен диагноз бронхиальной астмы, составил $(6,1 \pm 0,28)$ лет, а средняя давность заболевания - $(4,9 \pm 0,31)$ лет.

Изучение особенностей течения антенатального периода развития ребенка выявило, что у матерей детей, больных БА, достоверно чаще наблюдалось патологическое течение беременности ($p < 0,05$). Наиболее частым осложнением течения антенатального периода был гестоз, который наблюдался у 45,8% матерей, тогда как в группе контроля только у 23% матерей ($p < 0,05$). Также значимыми факторами, осложнявшими течение антенатального периода, были угроза прерывания беременности и хроническая фетоплацентарная недостаточность ($p < 0,05$). У матерей детей, больных БА чаще выявлялась и экстрагенитальная патология. Так в 22,9% случаев матери болели острыми респираторными инфекциями (ОРИ), против 8,1% матерей детей группы контроля ($p < 0,05$). Достоверно чаще наблюдалось развитие пиелонефрита беременных (12% и 2,7% соответственно), ($p < 0,05$), а у 2 (2,4%) матерей отмечено обострение бронхиальной астмы во время беременности. У матерей детей основной группы достоверно чаще отмечалось развитие пищевой и лекарственной аллергии (19,3% и 6,8% соответственно), ($p < 0,05$). В структуре патологии интранатального периода наибольший удельный вес занимала слабость родовой деятельности, которая была диагностирована при рождении 38,6% детей, больных БА, а также акушерские вмешательства - у 26,5% детей ($p < 0,001$).

У детей, больных БА, достоверно чаще, чем у детей контрольной группы выявлялись перинатальное повреждение ЦНС (50,6% и 10,8% соответственно) ($p < 0,001$). Более высоким оказался и процент детей, родившихся в асфиксии - 20,5% и 4,1% соответственно ($p < 0,001$). В группе детей с БА достоверно чаще наблюдалась недоношенность (10,8% и 2,7% соответственно), ($p < 0,05$), кроме того у 2 детей, родившихся недоношенными в раннем неонатальном периоде развился синдром дыхательных расстройств, тогда как у недоношенных детей группы контроля подобных осложнений выявлено не было. У детей, больных БА, достоверно чаще отмечалось раннее начало искусственного вскармливания, так 47% детей, больных БА, были переведены на искусственное вскармливание в течение первых 3-х месяцев жизни, тогда как в группе контроля этот показатель составлял только 16,2% ($p < 0,001$).

С целью определения влияния эндогенных факторов риска на развитие и формирование БА проведено изучение семейного анамнеза. Анализ структуры семейной заболеваемости выявил достоверное преобладание доли аллергической патологии, которая была отмечена у 52% родственников детей больных БА ($p < 0,001$). Наибольший удельный вес среди аллергических заболеваний имела бронхиальная астма, которая наблюдалась в 24,1% случаев против 3,4% у детей контрольной группы и АР - у 21,2% родственников больных БА, против 5,2% в контроле ($p < 0,01$). Достоверно выше диагностировались хронические заболевания дыхательных путей, которые в структуре семейной патологии составили 18,4% и 6,4% соответственно

($p < 0,01$), а доля хронических неспецифических заболеваний легких составила 10,6% против 3,4% в группе контроля ($p < 0,01$). Проведенный корреляционный анализ показал, что наследственная отягощенность по бронхиальной астме детерминирует более раннее начало БА у детей ($r = 0,43$, $p < 0,05$). При изучении линии наследования аллергической патологии, установлено, что БА и АР чаще наблюдались у родственников по линии матери (соответственно 55,8% и 68,4% случаев), чем по линии отца - (соответственно 44,2% и 31,6% случаев), тогда как АД, чаще наблюдался у родственников по линии отца (соответственно 66,7% и 33,3% случаев).

Значительное влияние на развитие и течение БА имели также медико-социальные факторы. В группе детей, больных БА достоверно чаще, чем в контрольной группе, наблюдались неполные семьи - соответственно в 33,7% и 12,2% случаев ($p < 0,001$). В неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях проживало 26,5% детей, больных БА, тогда, как в группе контроля только 13,5% детей ($p < 0,05$). В семьях 50,6% детей, больных БА, подвергались воздействию пассивного курения, тогда как в группе практически здоровых детей пассивное курение было отмечено у 31% семей ($p < 0,05$), в присутствии детей курили 25,3% родителей и чаще это были матери. Кроме того 8,4% детей, больных БА, преимущественно старшего школьного возраста, имели опыт активного курения.

Известно, что на формирование состояния здоровья значительно влияют перенесенные заболевания, особенно на первом году жизни и наличие сопутствующей патологии. У детей, больных БА, на первом году жизни достоверно чаще, чем у детей группы контроля наблюдалось развитие железодефицитной анемии ($p < 0,01$), нарушения трофики в виде гипотрофии ($p < 0,05$). Обращает внимание высокая частота развития атопической конституции, которая практически в 5,5 раз была выше, чем у детей группы контроля ($p < 0,001$). Достоверно чаще диагностировались ОРИ на первом году жизни (69,9% и 14,9% относительно), ($p < 0,001$).

Анализ структуры респираторной заболеваемости у детей показал, что в группе больных БА дебютным респираторным заболеванием было развитие ОРИ с поражением верхних и нижних дыхательных путей - у 25 (43,1%) детей. Острый бронхит был диагностирован у 16 (27,6%) детей, острый обструктивный бронхит - у 7 (12,1%) детей, бронхиолит - у 5 (8,6%), пневмония - у 5 (8,6%). В структуре респираторной заболеваемости практически здоровых детей на первом году жизни преобладали ОРИ с поражением верхних дыхательных путей, развитие которых отмечено в 81,8% случаев, в 9% случаев наблюдался острый бронхит и в 9% острый обструктивный бронхит. У детей, больных БА, выявлен не только более высокий уровень респираторной заболеваемости на первом году жизни, по сравнению со здоровыми детьми, но и более частое развитие тяжелых форм - бронхиолита, обструктивного бронхита, пневмонии. Изучение возрастных особенностей течения ОРИ у детей, больных БА, выявило повышение доли обструктивных бронхитов в структуре респираторной заболеваемости. Так, если у детей в возрасте до 6 месяцев обструктивные бронхиты наблюдались в 8,4% эпизодов ОРИ, в

возрасте 1 года жизни - у 27,7% детей, а к 3 годам жизни эпизоды бронхиальной обструкции при ОРВИ диагностированы у 51,8% детей.

По результатам аллергологического обследования было установлено, что среди значимых аллергенов наибольший удельный вес имели аллергены домашней пыли - у 48,2% больных, пылевые аллергены (амброзии, подсолнечника, полыни, лебеды, березы, тополя, лещины, ольхи, тимофеевки, овсяницы и др.) – 48,2% детей, эпидермальные – у 36,1%, бытовые аллергены - у 31,3%, медикаментозные - у 15,7% детей. У подавляющего большинства детей, больных БА в роли значимых аллергенов выступали 3 и более аллергенов различных групп.

Исследование триггеров обострения БА показало, что приступы удушья провоцировались вирусными инфекциями - у 90,4% больных, влияние значимых аллергенов - у 71,1%, физической нагрузки - у 43,4%, изменениями метеорологических условий - у 24,1% больных.

Выводы.

1. На основании проведенного анализа установлено, что факторами риска развития БА является наследственная отягощенность по аллергическим и хроническим неспецифическим заболеваниям дыхательных путей, неблагоприятное течение ante- и intra- и неонатального периодов (внутриутробная гипоксия, преждевременные и патологические роды, рождение в асфиксии, позднее прикладывание к груди и раннее искусственное вскармливание, пищевая сенсибилизация), отклонения в состоянии здоровья на первом году жизни, пассивное курение, неблагоприятные социальные факторы (неудовлетворительные жилищные условия, неполные семьи), частые ОРВИ с развитием эпизодов бронхиальной обструкции в течение первых лет жизни.

2. Для ранней диагностики БА у детей, в случае развития бронхиальной обструкции любого генеза необходимо тщательно анализировать анамнестические данные, в том числе семейный анамнез, особенности течения ante- и перинатального анамнеза, бытовые условия и влияние вредных факторов, определить наличие других аллергических заболеваний - аллергического ринита, атопического дерматита, частоту и характер течения ОРВИ в том числе первого эпизода бронхиальной обструкции у детей до 5 лет.

Литература:

1. Охотникова Е.И. Особенности течения и лечения бронхиальной астмы у детей раннего возраста / Е.И.Охотникова // Современная педиатрия. – 2009. – №2(24). – С.32-34.
2. Bianca D. International study of wheezing in infants (EISL): validation of written questionnaire for children aged below 3 years / D. Bianca, G. Wandalsen, K. Miyagi, L. Camargo // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. – 2009. – Vol. 19. – P. 35-42.
3. Van Bever H. P. Critical evaluation of prognostic factors in childhood asthma / H. P. Van Bever, K. N. Desager, M. Hagendorens // Pediatric Allergy and Immunology. – 2002. – Vol.13. – С.77-83.
4. Panitch H.B. The relationship between early respiratory viral infections and subsequent wheezing and asthma / H.B Panitch // Clinical Pediatrics. – 2007. – Vol.

46. – P. 392-400.